


# COPROCULTURE/PARASITOLOGIE

## CONDITIONS

- \* **MATÉRIEL** : **UNIQUEMENT** un flacon fourni par un laboratoire (avec une spatule)
- \* **QUAND** : si possible, **pendant les épisodes diarrhéiques**
- \* Repas sans fibres la veille du recueil
- \* **ARRET** des **ANTIBIOTIQUES** au moins **5 jours** avant

## PROTOCOLE

- 1 Recueillir les selles dès leur émission dans un récipient intermédiaire propre (*ne jamais récupérer les selles dans la cuvette des toilettes*).
- 2 Prélever à l'aide de la spatule au moins l'équivalent de 10g (une noix) de selles en privilégiant les parties liquides / sanglantes / glaireuses ou purulentes et les introduire dans le flacon stérile.
- 3 Bien refermer le flacon et l'identifier avec nom / prénom et date de naissance
- 4 Compléter la fiche ci-joint 



### Cas particulier : ENFANT

- Retirer la couche le plus rapidement possible après l'émission des selles
- Transférer à l'aide de la spatule une grosse noix de selle dans le flacon
- => Privilégier les parties liquides / sanglantes / glaireuses

## TRANSMISSION AU LABORATOIRE

**Respecter l'horaire maximum donné par votre laboratoire**  
En cas de doute, n'hésitez pas à nous contacter

## SANG DANS LES SELLES

- 1 Recueillir 1 seule fois un échantillon de selle dans le flacon fourni par le laboratoire
- 2 Compléter la fiche ci-joint   
 **Renouveler cette procédure 2 fois sur deux prélèvements différents et deux jours consécutifs**

## TRANSMISSION AU LABORATOIRE

**12h maximum au réfrigérateur**



## MU-C2-ENR-020-02 : RECUEIL DE SELLES

### RENSEIGNEMENTS à compléter

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Réservé labo  
Etiquette GED

RECUEIL : LE \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ à \_\_ h \_\_

Avez-vous mis vos selles au réfrigérateur ?  Non  Oui

## COPROCULTURE/PARASITOLOGIE

### RAISON(S) DE L'EXAMEN :

- Fièvre  Diarrhées  Voyage récent (- de 3 mois) à l'étranger ?  
> Pays visité : .....
- Vomissements  Cas similaire dans votre entourage  
> Durée : .....
- > Ancienneté des symptômes : depuis le \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ (environ)
- Traitement antibiotique pris dans les 15 derniers jours ?  Non  Oui  
> Lequel ? .....
- > Date et durée : .....
- Suivez-vous un traitement au long court (greffe / maladie auto-immune / chimio ou radiothérapie) ?  
 Non  Oui, lequel .....

## SANG DANS LES SELLES

Recueil : N° 1  N° 2  N° 3